Julio V. Uriburu

14

Tumores Malignos del Mediastino

TUMORES MALIGNOS DEL MEDIASTINO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TUMORES MALIGNOS

DEL

MEDIASTINO

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO V. URIBURU

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1905

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

VICE DECANO

Dr. D. Pedro Lagleyze

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

SECRETARIOS

Dr. D. Zenón Aguilar
Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química Médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza (con lic.)
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon
Anatomía Descriptiva		Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
Clínica Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinaria	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón
Patología General	»	Roberto Wernicke

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero (en ejer.) Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Cárlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel, M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Enrique Corbellini Daniel J. Cramwell
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia (en ejer.) Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr. Adolfo Mugica
Química inorgánica aplicada.....	» Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal...............	» Juan A. Boeri.
Química orgánica aplicada á la Farmacia........	» Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	» J. Manuel Irizar
Higiene	» Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica..............	» Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	» J. Manuel Irizar
Química orgánica y analítica...................	» Francisco P. Lavalle

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...	Vacante
Química inorgánica aplicada..................	Vacante
Farmacognosia vegetal y animal.......... ...	Sr. Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia......	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	Vacante
Higiene................................ ...	Vacante
Química Analítica y Toxicológica.............	Vacante
Ensayo y determinación de drogas	Vacante
Química orgánica y analítica..................	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez (con lic.
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica...........	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiologia Patología..................	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal......	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología...............	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	Vacante

Padrino de Tesis

Profesor ABEL AYERZA

A la memoria de mi Padre

A mi Madre

A la memoria de mi Abuelo

Don Alfonso De Maria

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Tumores malignos del mediastino, es el título que encabeza este trabajo, y en él, me propongo tratar de los sarcomas, epiteliomas, endoteliomas y linfo-adenomas que toman asiento en esta interesante región del organismo; por la importancia de los órganos en ella contenidos y por la gravedad de los trastornos, que determinan en una evolución relativamente rápida.

En un primer capítulo estudiaré la anatomía de la región, tratando de paso la fisiología de los órganos alojados y vecinos, como también la anatomía patológica de esta clase de tumores y los desórdenes anatómicos á que pueden dar lugar.

En un segundo capítulo mencionaré la sintomatología de los tumores del mediastino, sin especificar su naturaleza, sintomatología que encuadra en lo que se llama «síndrome medi-

astinal» en que la mayor parte de los síntomas, ya sea objetivos y subjetivos, son debidos á la compresión, haciendo obstáculo á la entrada del aire, ingestión de alimentos, circulación venosa y arterial, y trayendo fenómenos de inhibición ó irritación en el campo de los nervios afectados. En este capítulo, ensayaré hacer el diagnóstico entre los tumores de naturaleza maligna, con las otras afecciones que pueden dar lugar al «Síndrome mediastinal».

Después paso á tratar la parte que se refiere al pronóstico, que con solo leer el título de *malignos* y después de haber estudiado la anatomía, fisiología y sintomatología no quedan otras esperanzas que las de haber errado el diagnóstico, pues el tratamiento de ellos es puramente sintomático.

Finalmente expondré algunos casos clínicos, todos ellos confirmados por la autopsia.

Antes de cerrar este capítulo, debo hacer constar que al tratar un punto de tanta importancia, no me propongo aumentar el caudal de conocimientos que posee la ciencia al respecto, mi único fin es el de cumplir con la obligación que me impone el reglamento, para poder optar al título de Doctcr en Medicina.

Dos palabras me quedan aún por decir; es un deber que me impone la gratitud, el de recordar en este, para mi, solemne momento, á los que fueron y siguen siendo mis profesores y directores.

Debo recordar que merece mi más sincero agradecimiento el Profesor Doctor Abel Ayerza, en el que en todo momento he reconocido al más leal y cumplido caballero, como también el ilustrado é infatigable profesor, que durante dos años consecutivos, se dignó darme el título de practicante agregado en su Servicio de la Sala IV, y al lado de quien he recogido los conocimientos que llenan este trabajo.

Al Profesor Doctor Justiniano Ledesma, en quien he tenido ocasión de reconocer al siempre recto Director durante los dos años de mi internado en la Enfermería del Hotel de Inmigrantes, le prometo la más duradera y profunda gratitud.

Fisiología, anatomía normal y patológica del mediastino y los órganos comprendidos en él.

—

Estudiando la anatomía de la pleura, tenemos que cada pulmón tiene por separado su pleura visceral y parietal dando origen á un espacio virtual llamado cavidad pleural, que se pone de manifiesto en estados patológicos cuando ambos pleuras son separados por un derrame líquido ó por aire.

Ahora bien, en la parte interna de ambos pulmones, en lugar de ponerse ellos en contacto, queda un espacio comprendido entre las pleuras parietales de uno y otro pulmón, donde se alojan algunos órganos, habiendo otros que lo cruzan solamente. Esta región es la que se denomina mediastino.

Esta cavidad que es de forma irregular y que es variable en los diferentes sujetos, tiene por límites: en la parte anterior, la cara posterior del

esternón; por la parte posterior, los cuerpos vertebrales y parte de pared costal; hácia los lados, las pleuras parietales; por abajo, el díafragma y queda por fin hácia arriba en directa comunicación con el cuello.

Las pleuras mediastinales, que como lo he dicho son paritales, tienen diferente disposición según que se las estudie: 1° en la parte superior del pedículo pulmonar; 2° al nivel del pedículo; 3° por debajo de él.

En el primer caso, es decir por encima del pedículo pulmonar, la pleura mediastinal se continúa sin interrupción, desde el esternón á la columna vertebral rodeando completamente los vértices pulmonares.

Al nivel del pedículo, al tocarlo las pleuras se reflejan volviendo á tomar una dirección paralela á la que traían, pero pasando á ser pleuras viscerales. Así si seguimos la pleura mediastinal anterior, de adelante hácia atrás, desde el esternón al pedículo, vemos que al llegar á él, se refleja hácia afuera para ponerse en contacto con el pulmón y caminar en sentido inverso bajo forma de pleura visceral.

Lo mismo sucede en la parte posterior, después de traer la hojuela parietal una dirección de atrás á adelante, al llegar al pedículo se refleja hácia afuera, buscando el pulmón y así constituir la hojuela visceral. Por debajo del pedículo se encuen-

tra una disposición semejante, dividiéndose las pleuras mediastinales en dos porciones: una anterior y otra posterior.

De lo arriba expuesto sacamos: que desde el pedículo pulmonar hasta abajo, la cavidad mediastinal está dividida en dos regiones, que toman el nombre de mediastino anterior y mediastino posterior, pero que no están completamente separadas una de otra, pues se comunican ámpliamente por la parte comprendida arriba del pedículo pulmonar.

Si buscamos que órganos se encuentran en el mediastino y que relaciones guardan entre ellos, nos será más claro si estudiamos por separado la porción anterior de la posterior.

El mediastino anterior que es en forma de *bisac*, con un compartimento inferior, el mayor, donde se encuentra alojado el pericardio, corazón y nervios frénicos; y un compartimento superior donde se alojan: el cayado de la aorta con el plexo cardíaco en su concavidad, á la derecha el tronco braquio-cefálico y la vena cava superior, á la izquierda la carótida y la subclavia, los nervios *recurrente*, neumogástrico y frénico izquierdos.

En un plano posterior, se encuentra el pedículo pulmonar, el que está constituído: por los bronquios, que son el sostén del pedículo y que difieren el derecho del izquierdo en dirección, diámetro y longitud; es el derecho más ancho y corto

en tanto que el izquierdo es más largo y angosto dando lugar ésto á prestar más campo para ser comprimido y en caso que lo esté, que la obstrucción sea mayor pues la luz del bronquio es menor.

Lo que hace también sea más frecuente la compresión del bronquio izquierdo es la relación que tiene con la aorta, pues ésta cabalga sobre él. Pasan también por delante de este bronquio la arteria pulmonar derecha y las venas pulmonares.

El bronquio derecho, guarda las mismas relaciones con la gran vena ácigos que las que guarda el bronquio izquierdo con la aorta. Pasa también por delante de él la cava que lo cruza, y la rama derecha de la arteria pulmonar.

En el mediastino posterior: la aorta toráxica que desciende adosada al lado izquierdo de la columna vertebral, la gran vena ácigos que asciende colocada á la derecha de la columna, el exófago que desciende en un plano anterior á estos vasos y colocado entre medio de ellos reposa sobre la columna vertebral.

Los nervios neumogástricos que cruzan el mediastino posterior tienen íntimas relaciones con el exófago. El izquierdo después de cruzar el cayado aórtico, se coloca primero á la izquierda del exófago y en tanto que desciende va ganando su cara anterior. El derecho en la parte superior se encuentra alojado en el ángulo derecho que for-

man la traquea y el exófago, y al ir descendiendo se va acercándose más y más á la cara posterior del exófago.

La pequeña vena ácigos corre al lado izquierdo de la columna, atrás de la aorta.

El canal toráxico, está entre las dos venas ácigos.

Debo mencionar el nervio gran simpático, que si en realidad su tronco no se aloja en el mediastino, puede ser molestado por su íntima vecindad, pues corre de cada lado de la columna vertebral inmediatamente debajo de la pleura, dando ramas que se echan en los órganos del mediastino (filetes cardíacos, exofágicos, aórticos y pulmonares).

Y por último voy á describir los ganglios linfáticos del mediastino que han sido muy bien estudiados por Barety, y que ocupan el primer puesto en la patología de esta región por ser el asiento de gran número de infecciones y degeneraciones.

Siguiendo entonces á Barety, acepto su división en cuatro grupos:

1° Un grupo pretraqueo-brónquico derecho, que se haya situado en el ángulo que forma la traquea y el bronquio derecho, guarda íntimas relaciones por su parte anterior con el límite de la aorta ascendente y el cayado aórtico y con la vena cava superior; por atrás pasa el neumogástrico derecho; á la derecha está en contacto con

el lóbulo superior del pulmón derecho; á la izquierda reposa sobre la traquea; en la parte inferior descansa sobre el bronquio derecho, la arteria pulmonar derecha y la gran vena ácigos; y por arriba alcanza á la arteria subclavia y el ansa del nervio recurrente derecho.

2º Un grupo pretraqueo-bronquico izquierdo, más pequeño que el anterior, alojado en el ángulo que forma la traquea y el bronquio izquierdo; la aorta lo rodea por la parte anterior, superior y luego posterior; en la parte superior toca al recurrente izquierdo; y hácia abajo reposa sobre el bronquio izquierdo estando en contacto también, con la arteria pulmonar izquierda.

3º Un grupo inter-traqueo-brónquico que ocupa el ángulo de divergencia de ámbos bronquios. Está en relación por la parte posterior con el exófago; por arriba tiene los bronquios y abajo se encuentran las venas pulmonares.

4º Un grupo peri-brónquico, que rodea á ámbos bronquios y cuyos ganglios se introducen junto con estos, en pleno parénquima pulmonar para acompañarlos hasta sus ramificaciones de tercero y cuarto orden.

Todos los órganos alojados en esta región, están envueltos en una capa de tejido célulo-grasoso que rodea á ámbas pleuras mediastinales y que se comunica por arriba con el tejido célulo-grasoso del cuello y la aponeurosis cervical media, siendo esta

la vía que pueden tomar los absesos del cuello para penetrar al mediastino. Por abajo se comunica con un tejido análogo del abdómen, por un pequeño espacio libre que queda atras del apéndice xifoides.

-

Este es el momento de mencionar la acción fisiológica de nervios que como el neumogástrico, recurrente, frénico y simpático que siendo habitantes de esta región, intervienen en el funcionamiento de aparatos importantes como el circulatorio y respiratorio.

Neumogástrico—Su acción se manifiesta en la respiración, circulación y digestión.

Al aparato *respiratorio* le dá dos clases de fibras, unas motoras y otras inhibitorias; es decir que hay fibras que contraen los músculos de Reissessen, y otras que por el contrario los inhiben dejándolos distender bajo la más débil presión de aire. El efecto motor es el que predomina y es el que se hace notable si excitamos el neumogástrico. En cambio para producir el efecto inhibitorio, hay que servirse de un artificio que es el someter al animal en experiencia á la prévia acción de la pilocarpina. La sección del neumogástrico trae una disminución de frecuencia en el número de los movimientos respiratorios, estos son más profundos y toman un carácter disnéico.

Además como tiene una acción vaso-motora, su sección ocasiona congestiones pulmonares que pueden llegar hasta la hepatisación roja.

Sobre la *circulación* tiene una triple acción:

Tiene 1º. Una rama depresora de la circulación, que se ha estudiado muy bien en el conejo y que es de naturaleza sensitiva, pues se obtiene su acción irritando el cabo central y enseguida se vé descender la presión arterial aórtica; esto lo consigue disminuyendo el número de latidos cardiacos, y produciendo al mismo tiempo una vaso-dilatación de las regiones profundas, especialmente del intestino. (Cyón).

Tiene 2º. Elementos frenadores, que son los más importantes y que con la excitación de un solo neumogástrico, especialmente el derecho, se consigue no solo moderar los latidos cardiacos, sino hasta detener el corazón.

Tiene 3º. Elementos cardio-aceleradores, pues si paralizamos en un animal la acción frenadora por medio de la atropina, y entonces excitamos uno de los neumogástricos, el corazón se acelera. (Fr. Franck).

En resúmen lo que se produce si excitamos el neumogástrico es la bradicardia. Si lo seccionamos tenemos taquicardia.

Sobre la *digestión* tiene una acción éxito-motora, que se pone de manifiesto por contracciones del exófago y estómago si excitamos el neumogástrico.

Falta mencionar el *recurrente* que es rama del neumogástrico, y que á excepción del músculo crico-tiróideo, tiene una acción éxito-motora sobre los músculos de la laringe. Su excitación trae el espasmo. Su sección la paralises de los músculos inervados.

El nervio *frénico* es un nervio motor. Es el nervio inspiratorio. Su sección inmoviliza el diafragma y su excitación lo contrae produciendo una inspiración. Anrep y Cybulski le han encontrado fibras sensitivas.

El *simpático* nos interesa por su acción sobre el corazón; antagónica del neumogástrico. Su excitación acelera los latidos cardiacos y su sección disminuye el número de ellos. Debo hacer notar aquí también la acción que tiene en la pupila, pues su excitación trae una dilatación de este esfinter.

—

Para terminar este capítulo diré algo sobre la anatomía patológica y la variedad de tumores que pueden alojarse en el mediastino.

Puede tratarse de:

1° *Una adenopatía simple*, que tiene por causa una inflamación aguda ó crónica de órganos cuyos linfáticos se hechan en los ganglios del mediastino. Por tanto se observan como consecuencia de bronquitis, bronco-neumonias, neumonia,

difteria, catarros asociados á la coqueluche, influenza y sarampión. Los ganglios se hipertrofian, toman un tinte rojo debido á la congestión, rara vez suelen supurar.

2° *De una adenopatía tuberculosa*, ya sea secundaria á una tuberculosis del pulmón ó de la pleura ó ya primitiva como se suele encontrar en los niños. Estos ganglios tuberculosos pueden caseificarse, fusionarse, y abrirse en un bronquio, la traquea ó el exófago, vaciarse y dar lugar á una caverna.

3° *Tumores ganglionares*—Puede que tomen asiento primitivamente en estos ganglios, como lo hacen los linfo-adenomas y los linfo-sarcomas ó bien pueden ser metastasis secundaria á un epitelioma, sarcoma, ó endotelioma de la pleura, pulmón, mamas, etc.

4° *Tumores no ganglionares.* Puede tratarse de degeneraciones cancerosas, ó bien benignas como lipomas y quistes dermoides del Timo. Puede darse el caso que sea un epitelioma de exófago.

5° *De aneurismas de la aorta* que no solamente dan trastornos debidos á la compresión, pero que también traen fenómenos inflamatorios de periaortitis.

6° *De absesos del mediastino:* El tejido celular laxo que rodea los órganos contenidos en el mediatismo, puede ser invadido por supuraciones de origen variable. Ya sean consecutivos á: infla-

maciones de los ganglios mamarios internos ó de mediastino; á absesos retro-faringeos; á perforaciones de exófago. Han sucedido á extirpaciones de bocios. Las heridas y traumatismos de la región esternal pueden darles lugar, como también osteo-mielitis que se produzcan en este hueso.

7° Una pleuresia mediastinal, que por tratarse de inflamación en cavidad cerrada (Dieulafoy), la regla es que supure.

8° Una variedad rara de tumores del mediastino son los *bocios aberrantes retro-esternales*, que suelen ocupar la parte superior del mediastino anterior. Otras veces puede tratarse de bocios desarrollados en una glándula tiróidea accesoria, del grupo mediano é inferior.

9° Voy á mencionar como casos muy poco frecuentes pero que se puede presentar: *Los quistes hidatídicos de esta región.* No he encontrado más que dos observaciones y las dos pertenecen á la medicina Argentina.

1ª Observación. La N° 965 de los Doctores Herrera Vegas y Cramwel, que es la siguiente:

«Después de practicada una punción toráxica en una enfermita de 10 años, en que se había diagnosticado un quiste hidatídico de la cavidad toráxica, deciden la operación y una vez hecho el arponage del pulmón vuelven á punzar para darse bien cuenta de la dirección donde se haya el quiste. Se hace en esa dirección una incisión, y

enseguida se inunda el campo operatorio de una inmensa hemorragia que es imposible detener y que concluye con la vida de la paciente.

En la autopsia se encuentra un quiste hidatídico del mediastino, del tamaño de una naranja, situado adelante de la bifurcación de la traquea, á la derecha del cayado aórtico, por detras de la vena cava superior, la que ha perdido sus relaciones pues ha sido rechazada hácia adelante, contra la pared costal.

La muerte se ha producido por herida de la vena cava».

La 2ª Observación.

«Carolina L., 15 años, sala 6,cama 14. Año 1902, Fué operada hace 3 años de un quiste hidatídico del hígado. Vuelve á entrar al servicio y el Dr. Posadas opera nuevamente otro quiste del hígado, quedando esta glandula en muy malas condiciones, pues aparte de haberse hecho una marsupialización se trata de un hígado con una cirrosis biliar muy avanzada.

Al mes se encuentra muy mal la enferma, se queja especialmente de accesos de sofocación y de disnea. El Dr. Chutro quien me ha cedido galantemente esta observación, la opera por tratarse de una pleuresia purulenta supra-diafragmática; no consigue ninguna mejoría, su disnea sigue aumentando y muere por asfixia. En la autopsia se encuentra un quiste hidatídico, limpio,

del tamaño de un huevo de avestruz, situado en el mediastino anterior, colocado atras del esternón, rechaza á la izquierda al corazón y está hácia adelante de la vena cava superior».

Sintomatología y Diagnóstico

—

En este capítulo voy á desarrollar el conjunto de síntomas y signos que componen lo que se llama el *Sindrome mediastinal,* que es el cuadro que presentan todos los tumores de esta región. Para estudiar metódicamente el punto, conviene mencionar por separado los síntomas que revelan compresión ejercida sobre los órganos del mediastino, de los signos que dá el exámen físico.

Síntomas que resultan de la compresión de los órganos del mediastino :

Según el punto en que toma primitivamente asiento el tumor, como también el lado hacia que se desarrolla, así también se despierta la sintomatología de compresión, empezando por tal ó cual órgano afectado y tomando un sello distinto según los nuevos que vaya afectando. Pero antes de entrar á discutir la colocación del tumor, voy á mencionar por separado, los síntomas correspondientes á cada órgano.

Compresión de exófago.—Toda disfagia que se desarrolla y aumenta lentamente es debida á un tumor primitivo de exófago si la sintomatología es unicamente la disfagia, pero si se ha manifestado anteriormente con síntomas correspondiente á otro órgano; es que el tumor avanza hacia el exófago. Si la disfagia es intermitente y si se produce en forma de accesos paroxísticos y dolorosos no tenemos en este caso seguramente una compresión de exófago, sinó que estos fenómenos son debidos á espasmos de la faringe y el exófago, consecutivos á la irritación del nervio recurrente.

Como sintomatología de exófago debo agregar; el que este conducto puede ponerse en comunicación con otros órganos. Así hay casos de tumor primitivo de exófago que trae perforación de traquea ó bronquios y consecutivamente una bronconeumonía con la sintomatología correspondiente á la variedad que llamamos por ingestión. He visto un caso que ocupaba la cama 8 de la sala IV en que se trataba de un enfermo con un epitelioma del tercio medio del exófago y que murió de una hemoptosis fulminante por perforación de bronquio y rama derecha de la arteria pulmonar.

Letulle cita un caso de perforación exofágica por un ganglio tuberculoso que al mismo tiempo se había abierto en la cavidad peural, lo que dió lugar á la producción de una pleuresia purulenta. Lavages que se practicaron en la pleura, demostraron la presencia de detritus alimenticios.

Compresión de venas. — Las venas son órganos que se prestan admirablemente á ser comprimidos, pudiendo encontrarse todos los cambios de calibre hasta la obliteración completa, en este caso debida á una trombosis ó á una flebitis cancerosa. Recapacitando de los datos expuestos al tratar de la anatomía tendremos que las venas que pueden ser comprimidas son: las vena cava superior con los troncos braquio-cefálicos venosos, la gran vena ácigos y las venas pulmonares.

Cuando la vena cava superior es comprimida trae una extasis sanguínea en todo el territorio que está encargada de desagotar. Es debido á esto que vemos desarrollarse una red venosa superficial en las partes superiores del tórax y en los brazos, como también mostrarse repletas las venas yugulares y una injurguitación de la cara. Esta red venosa existe normalmente pero es invisible; ahora bien, en caso de que exista obstáculo en la vena cava superior, la sangre no pudiendo pasar por esta vía á la auricula derecha, busca de algún modo tomar otro camino, y lo encuentra ya sea echandosé en la gran vena ácigos ó mejor en la vena cava inferior que siempre está libre. Es por anastómosis profundas y superficiales que se ponen en comunicación estos sistemas venosos; es entonces que se vén en la necesidad de acarrear más sangre las pequeñas venulas superficiales; y es pués debido á

esto que se hacen visibles aumentando 5 y 10 veces de volúmen.

Todas estas pequeñas venas nos enseñan que llevan la sangre de arriba hácia abajo para ganar por las: intercostales, mamaria-interna, epigastrica, sub-cutanea abdominal y circunfleja ilíaca, la vena cava inferior.

Esta red venosa se encuentra más ó menos desarrollada según el grado de obstáculo á la circulación cava superior.

Si el obstáculo es mayor, á esto se agrega la cianosis especialmente de la cara y el aumento de volúmen de la cara y el cuello.

Si es aún mayor el obstáculo, tiene lugar el edema de las manos, del tórax y de la cara, los labios muy morados, los ojos inyectados y el enfermo acusa los síntomas de una congestión cefálica por extasis venosa.

La compresión de las venas pulmonares trae una congestión pasiva del pulmón, rara vez acompañada de hemoptisis pero si amenudo de hidrotórax.

Barthey cita el caso de una hemoptisis fulminante consecutiva á la compresión de las venas pulmonares por grandes masas de ganglios tuberculosos.

La compresión de la gran vena ácigos puede traer hidrotórax derecho? Cuando es comprimida al mismo tiempo que la cava superior, la red

venosa superficial del tórax es mucho más desarrollada.

Compresión de arterias. — Siendo las arterias más resistentes que las venas, conservan siempre la forma cilíndrica, además como se encuentran envueltas en una vaina deslizable resulta que son más bien rechazadas que comprimidas; es así que citan los autores la fácil percepción de la aorta bajo la horquilla del esternón al ser rechazada de abajo á arriba por un tumor en el mediastino anterior (un tumor tomando asiento en el grupo ganglionar pretraqueo-brónquico izquierdo. Esto sucede en el caso clínico N° II. que publico más adelante.)

Se citan casos de compresión de las arterias subclavias manifestandosé por una disminución en el pulso radial correspondiente.

Compresión de traquea y bronquios. — La compresión de traquea y bronquios trae una deficultad en la entrada y salida del aire de los pulmones. El paciente se esfuerza por respirar poniendo en juego todos sus músculos inspiratorios y expiratorios dando lugar á esa disnea angustiosa que observamos en esta clase de enfermos; *tirage.* Si es la traquea que está comprimida, al pasar la corriente aérea con gran velocidad por el punto estrechado, produce vibraciones que dan lugar á un ruido sui generis que se denomina *cornage.* Esta palabra es tomada

de los veterinarios, quienes llaman cornage al ruido laringo-traqueal que producen algunos caballos cuando se agitan y que es muy semejante al que señalan estos enfermos.

La compresión de bronquio trae consecutivamente una disminución notable en la entrada de aire al pulmón correspondiente, de ahí que tengamos: inmovilidad del tórax en el lado respectivo, percusión sonoridad normal, disminución de vibraciones, disminución del murmullo vesicular, como también de la trasmisión de la voz. Si se ausculta al nivel donde queda la compresión, el tumor sólido trasmite el ruido que se produce en el bronquio á este nivel y que se traduce por un soplo rudo y muy intenso; se llama soplo inter-escápulo vertebral, porque es en esta región donde se ausculta.

Como he tratado de disnea, mencionaré aquí que el número de latidos cardíacos aumenta en estos enfermos en relación inversa al número de las excursiones respiratorias (Marey.)

Compresión de Nervios.—La del neumogastrico trae una tos violenta y quinitosa, viniendo por accesos y muy semejante á la que oimos en la coqueluche, pero le falta ese ruido inspiratorio que tan bien caracteriza á esta dolencia; *tos coqueluchoide.* A parte de la disnea contínua que llevan estos enfermos debido á la compresión de las vías aéreas, la compresión de los neumogástricos se

manifiesta por accesos paroxísticos de disnea que en ciertos individuos toma la forma del asma. Esta compresión es también causa de que se hagan más raras las excurciones respiratorias, aumentando en profundidad lo que pierden en número.

También se pone de manifiesto sobre el corazón la compresión de este nervio. Así si la compresión trae una irritación en un neumogástrico se produce una bradicardia; este hecho es raro. Lo común es que haya una taquicardia debido á la supresión de la acción *frenadora* del neumogástrico comprimido.

La compresión del recurrente puede ser causa también de fenómenos de excitación ó de inhibición. En el primer caso se produce un espasmo glótico; en el segundo trastornos de la voz (voz bitonal) y de la tos (tos bitonal,) siendo debida ambas á la paralisis de la cuerda vocal correspondiente, confirmandosé el diagnóstico por el exámen al laringoscopio.

La compresión del nervio *frénico* puede ser el orígen de una neuralgia diafragmática; también trae una disnea característica del tipo costal pues el diagframa se inmoviliza. Algunas veces aparece hipo.

La compresión del gran simpático trae trastornos pupilares, pudiendo intervenir en parte en el ritmo del corazón.

Otro sintoma debido á la compresión es el dolor

retro-esternal que acusan algunos enfermos y que Rendú le dá gran importancia, pues asegura que no falta casi nunca, que es de los primeros en aparecer y cita el caso de Kaulich, en que se trataba de un viejo de 60 años que nunca acusó sino el dolor retro esternal y en la autopsia se encontró un tumor del mediastino. Este dolor retro-esternal es constante, sordo, más bien constrictivo que lancinante y ofrece estos dos caracteres especiales: dolor fijo y sin irradiaciones.

Signos físicos. A los anteriormente citados debo agregar:

La deformidad de la región, pues suele verse un levantamiento de la primera pieza del esternón y de las extremidades internas de las clavículas, en las fosas supra claviculares se encuentran masas ganglionares muy desarrolladas.

La percusión nos puede dar un sonido mate en donde normalmente debemos hallar sonido pulmonar.

La palpación de ciertas regiones suele ser dolorosa.

Se pueden encontrar derrames pleurales.

La punta del corazón puede encontrarse desplazada.

Como medio de investigación mencionaré la radiscopía y radiografía, en que los tumores de la cavidad toráxica dan una opacidad relativa.

—

Diagnóstico.—Solamente me voy á ocupar del

diagnóstico de los tumores malignos del mediastino; pero antes voy á decir dos palabras acerca de la calidad y edad en que se desarrollan.

A diferencia de los tumores malignos de otros órganos, los del mediastino eligen sujetos relativamente jóvenes, de 25 á 30 años y nunca se han visto casos que lleguen á los 60 (Rendú).

Esto es debido á la calidad del tumor que afecta comunmente esta región. Rara vez se ven endoteliomas y epiteliomas, pocas veces se trata de sarcomas y sí, en la mayor parte de los casos nos encontramos con linfo-adenomas y linfosarcomas, (Rendú). Entre nosotros parece que no sucede así, pues el mayor número de veces, nos tenemos que ver con sarcomas, he visto aunque pocos, endoteliomas y epiteliomas y son pocos los que encuentran linfo-adenomas. Yo por mi parte no he visto ningún caso.

Siguiendo siempre á Rendú, dice: que Riegel el primero en 1870 estudiando un caso de tumor del mediastino aseguró que se trataba de linfosarcoma; poco despues, Cornil estudia un caso de linfo-adenoma, y Eger en 4 observaciones, encuentra en ellos una estructura semejante al tejido linfoideo.

Distintamente de las otras neoplasias que toman asiento en los diversos tejidos y se infartan secundariamente en los ganglios, estos se localizan primitivamente en ellos.

Algunos de estos tumores no tienen tendencia á generalizarse y se ven en la autopsia localizados á un sólo grupo de ganglios, en cambio otros tienen diseminación inmensa al ejemplo del caso citado por Viguier: en que un cáncer del mediastino había invadido el corazón, pulmones, hígado, riñones, pancreas, y los huesos de la pared costal. Esta propagación se hace por el sistema venoso y linfático.

El diagnóstico del tumor del mediastino es casi imposible en su comienzo, pues todos ellos dan el sindrome mediastinal más ó menos completo. Sin embargo, si se nos presenta un sujeto acusando fenómenos mediastinales como ser: Disnea, accesos de sofocación, tirage, cornage, disfagia, tos coqueluchoide, trastornos vocales, circulación complementaria toráxica, con cianosis y edema y dif pupilar.

Este enfermo es un adulto y no tiene antecedentes, ni aspecto, ni signos de un tuberculoso, no acaba de tener enfermedad infecciosa, la auscultación de la aorta como también el exámen de su árbol arterial es normal y no acusa antecedentes específicos, lo más probable es que se trate de un tumor maligno del mediastino. Si á esto se agrega una adenopatía clavicular, nos inclinamos más á pensar en tumor maligno.

Pero en la mayoría de los casos no se presentan acusando una sintomatología tan completa, y

hacemos diagnóstico de probabilidad cuando conseguimos excluir una adenopatía tuberculosa ó un aneurisma aórtico, ambas causas muy frecuentes para dar *au grand complet* el sindrome mediastinal. Debemos despistar bien un cáncer del exófago, pues en este caso aparece con mucha anticipación la disfagia.

Podemos encontrarnos con una pleuresía mediastinal y nos basaremos para hacer el diagnóstico en el comienzo brusco de la enfermedad, con chuchos, tos, temperatura y gran opresión además del cuadro de una dolencia aguda.

Estas pleuresías siempre supuran y las más de las veces se exteriorizan por una vómica.

El laboratorio nos presta gran ayuda, pues casi todas son neumónicas y entonces encontramos el gérmen y las sero-reacciones.

Muy alivianado tenemos el diagnóstico si después de una neumonía, se nos presenta el sindrome mediastinal, pues casi seguro en este caso se trata de una pleuresía secundaria á neumococos.

La coincidencia de un bocio ó de un quiste hidatídico en otro órgano, nos pueden hacer dudar en el diagnóstico.

Vuelvo á insistir en lo que dice Rendú con respecto al dolor retro-esternal, que cuando tiene sus caracteres es un signo precioso por la precocidad de su aparición y por ser casi exclusívo de tumores malignos.

Una pleuresía hemorrágica que se declare y en cuyo análisis existe gran cantidad de células de la serosa, es un nuevo dato para afirmar el diagnóstico.

Si podemos y conseguimos despistar metastasis cancerosas en otros órganos, hemos dado un gran paso. Es el hígado quien se presta mejor para este exámen; en un principio lo notaremos aumentado de volúmen, más tarde dejará palpar los nódulos secundarios. También es cierto que llegado á este estado, con la caquexia tenemos más que suficiente.

Hipertrofias ganglionares en otras regiones y el exámen de la sangre, nos abren la vía para descubrir un linfo-adenoma.

Pronóstico y tratamiento

—

El pronóstico de los tumores malignos del mediastino es funesto. En algunos la evolución es tan rápida que no mueren de caquexia cancerosa, los enfermos terminan sus días con un estado general bueno. Estos son los casos en que los trastornos que producen por la compresión ejercida sobre los órganos del mediastino, es suficiente para traer un desenlace fatal. Así esa forma sofocante, angustiosa, que se suele presentar, puede en un acceso paroxístico de disnea ó por una exacerbación paroxística en un disnéico producir una muerte imprevista. En este caso la muerte ha sido por asfixia. Hay casos en que es debida á un síncope. Otras veces es un espasmode la glotis quien pone en peligro la vida del sujeto. Son pues estas formas, en que los trastornos nerviosos predominan las que deben alarmar más al médico; especialmente aquellas en que la sintomatología patológica del neumogástrico se

revela, como también en la que intervienen trastornos recurrenciales.

Menos tenemos que temer, cuando los fenómenos que se presentan son debidos á compresiones de los vasos, bronquios, traquea y exófago en que la muerte se acerca paso á paso, es cierto, con relativa rapidez, pero en que el sujeto está exento de un desenlace imprevisto.

Con relación á la calidad del tumor también varía en algo la malignidad del pronóstico. En este sentido se citan casos que han durado varios años, y son esos en que la variedad del tumor era el linfo-adenoma.

También debemos fijarnos si se trata de un tumor localizado ó si dá metastasis á otros órganos, siendo este último caso de pronóstico más severo pues se comprende que á los trastornos mediastinales se agregan los trastornos producicidos en los órganos secundariamente afectados.

De muy mal pronóstico son los casos, en que un tumor maligno toma asiento secundariamente en el mediastino, pues los nuevos trastornos que se producen, ocasionarán una muerte muy próxima en el sujeto ya debilitado por una caquexia cancerosa.

Las pleuresías sintomáticas que suelen dar lugar estos tumores son causas también para obscurecer un pronóstico, pués se bastan ellas solas para producir la muerte.

El tratamiento de estos tumores es puramente paliativo. Ordenaremos ante todo reposo. Contra la disnea empleamos la morfina. Para calmar los dolores retro-esternales y los otros que se produzcan en el tórax aplicaremos revulsivos.

Si el sujeto tiene una obstrucción de exófago se hará la alimentación rectal ó una gastrotomía. Contra un espasmo de la glotis se puede recurrir á la intubación.

Las pleuresías sintomáticas que se forman tienen las mismas indicaciones que una pleuresía común.

Cuando se ha tratado de linfo-adenomas se ha aplicado la medicación arseniada.

Historias clínicas

—

Durante los dos años que estado en el servicio del Profesor Ayerza, he tenido ocasión de seguir siete casos de tumores malignos del mediastino. De estos siete casos, solo publico tres historias completas, de las tres distintas variedades: sarcoma, endotolioma y epitelioma.

Los otros cuatro casos no haré más que mencionarlos por no entrar en repeticiones.

El primero ocupaba la cama diez el año 1903, —la autopsia comprobó un sarcoma del pulmón derecho y metastasis en diversos órganos.

Dos casos más que ocuparon las camas 3 y 4 en 1904, se retiraron del servicio ántes de llegarles el fin.

Y el último que ocupó la cama 8, y que murió no hace dos meses, de una hemoptisis; la autopsia señaló un epitelioma de exófago abierto en un bronquio, perforación de rama de arteria pulmonar, metastasis en ganglios del mediastino,

etc. De este caso he hecho mención anteriormente.

Todas estas historias se encuentran perfectamente ordenadas en los archivos de la Sala IV.

Observación Nº I

—

Juan C..... español, 45 años, soltero, jornalero. Entra al servicio de la Sala IV el día 7 de Mayo de 1904. Muere el 16 de Mayo de 1904.

Sus antecedentes hereditarios son sin importancia. Como antecedentes personales dice lo siguiente: Ha tenido tres blenorragías.—El 1888 chancro del prepucio, con bubón supurado, recuerda que se le cayó el pelo, pero no menciona ninguna otra manifestación sospechosa. El paludismo lo tiene á los 14 años en forma de terciana. Frecuentemente ha estado atacado de resfríos que se prolongaban por mucho tiempo. Antes fué buen bebedor, habiendo tenido sus pituítas y calambres en las pantorrillas.

Enfermedad actual.—Data desde hace tres meses. Al comienzo le parecía un simple resfrío con tos y espectoración mucosa, se sentía con opresión y manifestaba un dolor retro-esternal; continúa trabajando.

Luego comienza á hinchársele la cara, notando esto al levantarse de la cama, pues durante el día se deshinchaba bastante.

La cara, los ojos y el cuello estaban deformes por la hinchazón; la fatiga y la tós aumentaban.

Algo alarmado, se decide dejar el trabajo, y en los 20 días de descanso experimenta una gran mejoría.

Intenta entonces volver al trabajo, pero á los dos días, la fatiga, la tós y la tumefacción de la cara se exageran tanto que tiene que dirigirse al Hospital de 25 de Mayo, en donde no encuentra mejoría.

En vista de ésto, emprende viaje á esta capital, donde consigue ingresar en el Hospital de Clínicas, servicio de la Sala IV.

Hoy lo molesta la misma fatiga, cualquier esfuerzo lo oprime. La tumefacción de la cara y cuello dice ser menor, en cambio le han aparecido otros nuevos síntomas: Ha tenido espectoración sanguinolenta, ha tenido y tiene dolores en la espalda y retro-esternales, se localizan más del lado derecho, no son contínuos, vienen por accesos.

Desde hace 25 días ha notado la aparición de venas en la piel de la pared toráxica y abdominal. Desde esta misma época se queja de dolor en la región hepática cada vez que tose. Ha tenido mareos y vértigos.

Estado Actual

Inspección. Su estado general es bueno, buen paniculo adiposo y buen estado muscular.

Lo primero que salta á la vista es su cara abultada con un tinte marcadamente cianótico, edemas en los párpados, con una inyección sanguínea bastante marcada de sus conjuntivas. El cuello que es muy corto, está igualmente cianosado y aumentado de volúmen, en parte por un desarrollo exagerado de cuerpo tiroides, como también por el edema.

Las fosas supra-claviculares están muy llenas y abultadas, especialmente la derecha.

Las fosas infra-claviculares no se notan y se encuentra en esta región un gran desarrollo de la red venosa superficial, que se continúa en toda la extensión de los miembros superiores, los que están cianosados en sus extremidades. Estos fenómenos son más acentuados en el brazo derecho, en que se puede palpar netamente el relieve que forman las válvulas en las venas.

En el abdómen hacen saliencia las sub-cutáneas abdominales.

Los miembros inferiores están normales.

Aparato Respiratorio

Inspección.—Tipo respiratorio tóraco abdominal, disnea (36 respiraciones p. m.). Regular, ruidosa,

ligero cornage, retracción inspiratoria de los últimos espacios intercostales de ambos lados. La amplitud respiratoria del lado derecho, es mucho menor que la del lado izquierdo. La piel del tórax está edematosa y surcada de venas, no dejando reconocer los espacios intercostales. La región escapular derecha está sensiblemente más abultada que el resto, presenta manchas rojizas que son el testimonio de revulsivos que se han aplicado, está muy edematosa y sensible á la presión.

Palpación.—Vibraciones exageradas en el vértice del pulmón derecho. Abolidas en la base, desde el sexto espacio por atrás y desde el cuarto por adelante. Lado izquierdo normales.

Percusión.—Pulmón izquierdo; en ambos lados sonoridad algo exagerada.

Pulmón derecho: Mate de arriba á abajo por detrás y desde el 2° espacio hasta abajo por adelante.

Auscultación.—Pulmón izquierdo: normal.

Pulmón derecho: Soplo tubario en el vértice, en la base silencio respiratorio. Egofonia.

Tiene tós y voz bitonal. En el servicio de laringología diagnostican: «paralisis de los abductores y adductores de la laringe por compresión recurrencial».

Corazón.—Punta algo baja y hacia afuera (5° espacio—dos dedos por afuera del mamelón).

Tonos algo debilitados.

Pulso regular, igual, pequeño, frecuente de 120 p. p. m.

Hígado.—Grande y descendido. Borde inferior cuatro dedos por abajo del reborde costal. Inmóvil en los movimientos respiratorios. La palpación es dolorosa y no se practica muy bien por el espesamiento de la pared abdominal.

Orinas.—Abundantes 2200 y 2500 gr. diarios con rastros de albúmina.

En los demás órganos no se encuentra nada de anormal.

Pupilas normales.

Diagnóstico.—Con solo lo que refiere el sujeto tenemos bastante para pensar en tumor del mediastino; pues el comienzo con: tós, opresión y dolor retro-esternal; que más tarde se agrega el aumento creciente de volúmen de la cara y el cuello y que éste disminuye de día debido á que con la posición vertical favorece á la presión venenosa de estas regiones. Poco á poco crece la fatiga hasta aparecer la disnea. Por fin dice que han aumentado los dolores, aparece la red venosa, tiene espectoración sanguinolenta y aparecen mareos y vértigos.

Es esta toda la evolución de un tumor que va aumentando y comprimiendo más y más los órganos del mediastino.

El dolor retro-esternal es un síntoma que se anticipa mucho según Rendú, y este autor en un trabajo que publicó en 1875 cita el caso de Kaulich en que el paciente durante toda la enfermedad no se queja sino de el dolor retro-esternal y en la autopsia se encontró un tumor colocado en el mediastino anterior.

El tumor ha comenzado por comprimir la vena cava superior trayendo cada día mayor obstáculo, pues primero solo menciona aumento de volúmen de la cara que desaparece de día, más tarde el aumento de volúmen es constante y al fin trae la red venosa de circulación complementaria pero una vez que esto no basta se ha producido la cianosis y el edema que hemos reconocido en la inspección del sujeto.

La compresión de las vías aéreas se ha producido después y ésta también ha ido aumentando poco á poco, pues en los primeros tiempos solo acusa fatiga cuando se agita en cambio al final lleva una disnea constante y angustiosa. La espectoración sanguinolenta puede ser debida á una congestión pulmonar ó á invasión del tumor en el parénquima pulmonar. Los vértigos y mareos son debidos á una congestión cefálica por extasis venosa.

Ahora bien si se trata de un tumor, debemos decir de que calidad es él. El enfermo puede haber tenido sífilis, que no se ha tratado; ha tenido

paludismo y ha sido alcoholista. Esta triada de enfermedades, son más que suficientes para producir una dilatación aórtica, pero el exámen del sujeto la desmiente pues no se encuentra un solo signo propio á un aneurisma.

En cambio tiene para tumor maligno:

El comienzo y la marcha paulatina y creciente, el edema y dolor de la región escapular derecha, el que los fenómenos de compresión sean del lado derecho, el que el tumor desarrollándose hasta el vértice derecho del pulmón si fuere un aneurisma daría por lo menos latidos; el aumento de volúmen del hígado con dolor, sin estar acompañado ni de ascitis, ni de bazo grande, es muy sugestivo para pensar en un tumor hepático secundario cuando se tienen antecedentes; lo mismo digo de ese aumento en la cantidad de orinas, acompañadas de un poco de albúmina, debe en el caso dado hacernos sospechar en tumor secundario del riñón, el que muchas veces evoluciona de una manera latente en esta víscera.

La sintomatología del pulmón izquierdo: Soplo tubario, matitez y ausencia de vibraciones en la base, la egofonia, inmovilidad del tórax, hígado descendido é inmóvil y una disnea de 36 r. p. m. dan la clave de un derrame en la pleura. Y en efecto el día 9 se punza y se retiran 1750 gr. de líquido en que el exámen practicado nos demuestra la presencia de: gran cantidad de células de

la serosa, muchas de las cuales con dos ó más núcleos,—glóbulos rojos,—leucocitos.

La cantidad y forma en que se muestran las células de la serosa ayuda mucho á asegurar una pleuresía sintomática cancerosa.

En parte el derrame puede ser debido á la compresión de la gran vena ácigos.

La tos bitonal, la voz bitonal y el exámen del especialista demuestran la intervención del nervio recurrente. La disnea, la frecuencia del pulso y la terminación por asfixia la del nervio neumogástrico.

Protocolo de Autopsia

Diagnóstico anatómico.—Sarcoma de los ganglios del mediastino, de la pleura, pulmón, hígado y riñón. Compresión é invasión por el tumor de la vena cava superior.

Compresión de traquea y bronquio derecho.

Congestión y edema pulmonar. Pericardio parietal invadido en la base por masas sarcomatosas que comprimen á los grandes vasos. Degeneración grasosa del miocardio.

Compresión del recurrente derecho.

OBSERVACIÓN Nº II

—

Pedro C..., italiano, 43 años, soltero, yesero.

Entró al servicio de la sala IV y ocupó la cama número 19, el día 11 de Junio de 1904.

Murió el 10 de Julio del mismo año.

Sus antecedentes hereditarios son sin importancia. Como antecedentes personales: ha tenido sarampión en su infancia y se mantiene gozando de excelente salud hasta el año 1900 en que tiene una afección cerebral que le dura un mes, (el médico le dijo que era una hemorragia cerebral). Poco bebedor.

Enfermedad actual.—Data de hace cinco meses. Empezó por mareos, dolor de cabeza, pérdida del apetito, pérdida de fuerzas, debilidad y palpitaciones. Desde 3 meses á esta parte, asegura que empeoró mucho, pues le sobreviene una tos muy rebelde, con espectoración mucopurulenta, que á

los veinte días se hace sanguinolenta; tiene mucha disnea y gran debilidad.

Hacen ocho días que comenzó á hinchársele el vientre y luego las piernas. Tiene poca tos, mucha disnea, poco sueño, espectora mucho y sanguinolento, orina poco y muy cargado, mueve bien el vientre, siente mucho frío. Dice que ha cambiado de voz, pues habla más ronco y con muy poca intensidad.

Estado Actual

Inspección.—Hombre demacrado y denutrido.—Muy pálido, gran anemia. Pupilas puntiformes.—Sus extremidades están frías; las superiores cianosadas y los miembros inferiores presentan un edema blanco y duro. Esta misma calidad de edema se encuentra en las bolsas.

El cuello, ancho en su base, presenta injurguitación venosa de las yugulares externas; hay falso pulso venoso. Se vé una elevación de la subclavia derecha. Se perciben en la horquilla esternal latidos aórticos.

Tórax.—Se vé en la parte anterior y superior del tórax, y especíalmente en la parte lateral izquierda una red venosa, notable no por el número, sino por el espesor de estos vasos, que se prolongan hacia abajo para anastomosarse con las del abdómen.

El lado derecho es más ámplio que el izquierdo

el que parece retraído. Se observa y se palpa que la dilatación inspiratoria del lado derecho es mucho más pronunciada que la del lado izquierdo (la medida que corresponde al nivel de la tetilla, del lado derecho es de 46, la del izquierdo es de 42). Hay edema en toda la región axilar izquierda. Respiración toráxica superior con una frecuencia de 38 p. minuto.

Vibraciones.—En el pulmón derecho están más ó menos normales. En el izquierdo muy disminuidas por adelante, por la parte posterior están abolidas.

Percusión.—En el derecho la sonoridad es algo exagerada. En el pulmón izquierdo se percibe una completa matitez, excepto una pequeña banda de sonoridad que se halla en la parte anterior entre el 1.º y 3er. espacio intercostal.

Auscultación.—En el derecho, por todas partes se ausculta muy bien el murmullo vesicular. En cambio en el izquierdo encontramos: Por delante expiración soplante; por atrás, en el espacio interescapular se oye un soplo que es de compresión brónquica. En la base soplo ligerísimo de pleuresía, con bronco-egofonia y pectoriloquia; lo mismo se ausculta en el axila.

Aparato circulatorio. — Se ve débil temblor en toda la región precordial. Se palpa la punta bajo el mamelón, se desplaza con los cambios de posición.

Auscultación.—Se oye un ritmo en tres tiempos, en que es el segundo tono que está desdoblado. En el medio de la región precordial es donde se ausculta mejor este ritmo. También se perciben ligeros frotes pericárdicos.

Pulso.—Arterias algo flexuosas, blandas, depresibles, frecuencia de 110 p. p. m. pequeño, irregular.

Abdómen.—Muy abovedado, surcado por muchas venas, que se comunican con las que se ven en la pared toráxica. Al nivel del ombligo mide 1 metro de circunferencia—del apéndice xifoides al pubis hay 0.40 metro. Mucho timpanismo en la parte superior, matitez en las partes laterales.—Hay oleage.

SECRECIONES

Orinas.—Escasas, densidad de 1.030 con muchos elementos fijos. Muchos fosfatos. Tienen 0.50 de albúmina. Sí, bilis. Sí, urobilina.

Esputos. — Espectoración abundante. Algunos días muco-purulenta y otros sanguinolenta. Se remiten pruebas al laboratorio donde no encuentran bacilos de Koch.

Heces. — Diarreícas— tres y cuatro deposiciones diarias.

Nunca ha habido temperatura!

Día 22 de Junio.—Se practica una punción pleu-

ral en la parte posterior y base del pulmón izquierdo, por donde se extrae una cierta cantidad de serosidad sanguinolenta. En seguida se punza bajo el axila izquierda en el punto donde presenta edema y acusa dolor á la presión; la jeringa sale cargada de pus espeso. Del laboratorio comunican que el agente etiológico del pus es el diplococo de Talamon Fraenckel.

Día 27 de Junio.— Se hace una punción abdominal y se retiran 6.500 gr. de líquido citrino.— Después de retirado el liquido, se puede palpar muy bien el hígado, cuyo borde inferior sobrepasa de tres dedos el roborde costal, es duro y en toda su superficie se distinguen admirablemente gran cantidad de nódulos, que pueden tener las dimensiones de una almendra.

Día 3 de Julio.—Tiene accesos de sofocación y mucha disnea.

Por punción pleural izquierda se retiran 250 gr. de líquido purulento. No calma la disnea.

Diagnóstico.—La historia que relata el enfermo, no hace ni pensar que pueda ser un tumor de mediastino; en cambio, si pasamos al exámen físico hay muchas probabilidades para acercarse á una tal afección y en el curso de la enfermedad lo hemos podido afirmar.

Cierto que lo que refiere el enfermo es de un pulmonar, pero de un pulmonar más bien tuberculoso.

Ahora, en el exámen de su pulmón izquierdo, nos encontramos con una pleuresía, que, por el modo de presentarse, insidiosamente, sin fiebre, encuadra bien en esta afección. Además el enfermo tiene en el espacio inter-escapular un soplo de compresión de bronquio, tiene venas en el tórax, tiene una disnea no explicable por el derrame, pues este no parece ser muy grande porque nunca se ha conseguido sacar más de 250 gramos, tiene su aorta perceptible en la horquilla del esternón. ¿No podría tratarse de un saco aórtico que al mismo tiempo nos trae: la ronquera la afonía y la pequeñez pupilar?

Pero el enfermo nos presenta su pulmón izquierdo mate de arriba á abajo, que nunca se ha aclarado con la punción pleural, esto nos hace pensar en una masa sólida que no nos dá una clara sintomatología debido á la compresión del bronquio. Además hay edema de la pared y dolor, acompañados de una espectoración sanguinolenta. Con estos datos podemos pensar en un tumor (maligno por su rápida evolución y estado en que nos deja al sujeto) del pulmón izquierdo, que están tomados los ganglios del mediastino especialmente el grupo pretaqueo-brónquico izquierdo, el que comprime el bronquio izquierdo y levanta el cayado aórtico para hacernos perceptibles los latidos en la horquilla del esternón; agregando á esto toda la sintomatología del mediastino que he

mencionado: extasis venosa, afonía, pequeñez pupilar disnea y palpitaciones con frecuencia de pulso; agregaré además, sin asegurar, que los trastornos digestivos, inapetencia y diarrea pudieran ser del dominio neumogástrico.

Pero, y la ascitis? Al retirar el líquido de la cavidad abdominal pudimos percibir netamente que el hígado estaba lleno de nódulos y asegurabamos que el hígado se hallaba en malas condiciones, por estar invadido secundariamente por el tumor: Además el análisis de la orina nos dá bilis y urobilina. La ascitis producida de un modo tan rápido, en 8 días, como dice el enfermo, creo se podría explicar por una invasión y producción de una peritonitis cancerosa.

En el corazón auscultábamos un desdoblamiento del segundo tiempo; lo autopsia nos mostró la causa.

El protocolo de autopsia nos dice lo siguiente:

Endotelioma primitivo de la pleura, con metastasis en el pulmón, corazón, hígado, riñones, y glanglios del mediastino:—Pleuresia purulenta enquistada.—Perihepatitis y degeneración grasosa del hígado.

La pleura izquierda color nacarado, está adherente y muy engrosada llevando en su interior pequeños nódulos de un color blanco amarillento. El pulmón izquierdo está comprimido y rechazado contra la columna, por la pleura espesada y el

derrame sanguíneo-purulento que existe. Al nivel del pedículo pulmonar se vé una masa blanquecina que penetra é invade gran parte del pulmón por este punto. Los ganglios traqueo-brónquicos izquierdos forman una masa del tamaño de una naranja que comprime el bronquio izquierdo y rechaza la aorta hácia arriba.

Pericardio parietal íntimamente unido á la pleura izquierda; se encuentra invadido de nódulos. En la aurícula izquierda se observa un nódulo secundario.

Observación N° III

—

Domingo D..., italiano, 27 años, soltero, ingresó al servicio de la sala IV, y ocupó la cama 15, el día 22 de Julio de 1904, murió el 3 de Setiembre 1904.

Ant. hereditarios.—Sin importancia.

Ant. individuales.—Salvo una que otra dolencia sin importancia refiere como única enfermedad grave una fiebre tifoidea que tiene en Diciembre pasado, es decir hacen apenas seis meses. Esta dolencia le dura 40 días.

No ha sido bebedor.—No venereas.

Enf. actual.—Data de hace 3 meses, comenzó por un dolor de cabeza que le atacaba todos los días, lo sentía por la noche, después de cenar, y le duraba hasta las 10 ú 11 de la noche, hora en que conseguía tomar el sueño, era un dolor bastante fuerte y se localizaba á la mitad derecha de la cabeza, á la mañana encontrándose bien,

concurría al trabajo. Así lo pasa unos 15 días después de los cuales se encuentra peor, pues se han agregado dolores al epigastrio, región precordial y tórax. Estos dolores suelen ser muy intensos á ratos, no son influenciados por la alimentación pero si aumentan de intensidad al toser. Le cruzan del epigastrio á la columna vertebral.

Ha tenido que abandonar el trabajo.

Hace dos meses que tiene tos, más bien nocturna, con espectoración muco-purulenta, á veces también estriada de sangre. En esta misma época empieza á sentir dolores fuertes en el antebrazo derecho, región del radio, estos dolores son espontáneos y á la presión. Desde hace mes y medio ha empezado á crecer un tumor en el sitio del dolor.

Ahora no tiene fiebre ni sudores. Las cefaleas son menos frecuentes é intensas.

No tiene casi apetito, mueve el cuerpo diariamente. Desde que está enfermo ha disminuido 25 kilos de peso.

Estado Actual

Inspección.—Individuo sumamente flaco, su esqueleto se muestra á través de las capas musculares poco espesas y de la piel, que es blanca mate. En su antebrazo derecho, sobre la superficie radial nótase un tumor bien exteriorizado. Todo el miembro correspondiente está atrofiado, espe-

cialmente el antebrazo y la mano, que ha tomado la forma de mano de mono. En la región pectoral derecha había otro tumor, el cual se enucleó y se remitió al laboratario para su estudio anatomo-patológico.

El paciente presenta la facies de intenso sufrimiento, es angustiosa, demacrada, etc., más si se agrega los contínuos lamentos que exala.

Aparato Respiratorio

Inspección—Respiración abdomino-costal, con una frecuencia de 26 excursiones por minuto. El lado derecho del tórax se expande visiblemente menos que el izquierdo. Fosas supra é infra-claviculares muy marcadas, espacios intercostales idem. Por la parte posterior se ven muy pronunciadas todas las salidas oseas.

Palpación.—Pulmón izquierdo normal. Pulmón derecho: en la parte superior las vibraciones muy disminuidas, en cambio en las bases se notan aumentadas.

En la fosa supra-clavicular izquierda, si insinuamos profundamente el dedo, un poco por debajo del manojo clavicular del músculo esterno-cleido-mastoides, se palpa un ganglio duro, invisible y poco ó nada doloroso á la presión.

Percución.—Izquierdo normal; derecho: sonoridad disminuida en el vértice y matitez en la base, tanto en la parte anterior como posterior.

Auscultación.—En el izquierdo: por delante en el vértice la respiración es un tanto ruda.

En el derecho: respiración algo soplante y ligera broncofonia en el vértice. En la base la inspiración casi imperceptible, la expiración es un soplo y hay buena broncofonia. En el espacio inter-escapular, en una pequeña zona de submatitez que tendrá unos 6 cent. se oye á la auscultación un soplo de compresión brónquica que se propaga hacia arriba.

APARATO CIRCULATORIO.—Normal.

SECRECIONES.

Esputos.—Muco-purulentos, abundantes, en los varios exámenes practicados no se han presentado bacilos de Koch.

Desde el 1° de Agosto son hemoptoicos, encontrándose la sangre bien mezclada al muco-pus.

Orinas.—Con rastros de albúmina.

Heces.—Muy escasas.

Vómitos.—Ha tenido durante tres días vómitos biliosos, eran fáciles, se producían sin esfuerzo alguno y los determinaba cualquier substancia ingerida, aunque ésta fuera agua.

Radioscopía. [1] —Dejo á un lado la radioscopía del ante-brazo por no interesar al tema que estoy tratando. En cuanto á la del tórax, se vé una

(1) En los archivos de la Sala IV, hay un prolijo estudio sobre este caso, con fotografías, radiografías y dibujos, llevado á cabo por su gefe de Clínicas el Dr. H. Leguizamón.

opacidad en la base del pulmón derecho y la inmovilidad del diafrágma en esta porción.

Del análisis practicado en el tumor enucleado, nos informan que se trata de un nódulo carcinomatoso en que las células que lo componen son muy grandes y de tipo plano.

Diagnóstico.—No discutiré el diagnóstico, tan solo mencionaré los síntomas y signos en que nos basamos para pensar en un tumor maligno del pulmón, con metastasis ganglionares al mediastino y huesos del ante-brazo.

Los dolores toráxicos, que aumentan con la tós, la tós, la espectoración purulenta y sanguinolenta y la pérdida de 25 k. en 3 tres meses.

La ausencia en varios análisis de bacilo de Koch.

El exámen de los pulmones, en que el izquierdo indemne y el derecho con: menos excursión, más vibraciones en la base, matitez, soplo y broncofonia.

Con ganglios infartados en las fosas supraclaviculares un tumor en el ante-brazo y otro en la región pectoral.

Todo esto nos dice: que en la base del pulmón derecho hay una masa sólida y que lo probable es que sea un cáncer. Que es primitivo del pulmón pues ha empezado con síntomas pulmonares y es un solo pulmón el afectado, que tiene metástasis visibles en el ante-brazo y pectoral como

también en los ganglios de la fosa supraclavicular, que se sospecha estén tomados los del mediastino por la matitez y el soplo de compresión en el espacio inter-escapular. El exámen del tumor enucleado apoya el que se trate de primitivo del pulmón pues las células son grandes y de tipo plano.

La autopsia comprobó el dignóstico pero me mostró que debía haber interpretado el dolor de cabeza y los vómitos.

Protocolo de Autopsia.

Diagnóstico anatómico.—Carcionoma del pulmón, con metastasis en el mediastino, ambos radios, pared anterior del tórax, hígado, riñones y duramadre.

Descripción.—Pleura derecha adherida en toda la extensión. Todo el lúbulo medio y parte del inferior del pulmón derecho, están invadidos por un tumor de consistencia fibrosa, que al corte muestra su superficie de un color gris amarillento.

Los ganglios del mediastino anterior están aumentados de volúmen y comprimen la vena cava superior y el bronquio derecho. Los ganglios peribrónquicos se encuentran aumentados de volúmen y forman tumores de aspecto semejante al del pulmón.

En la fosa temporal derecha, sobre la duramadre, se observa un pequeño nódulo canceroso que comprime la tercera circunvolución temporal.

En el hígado y los riñones se encuentran gran cantidad de nódulos secundarios.

En el tercio inferior de ambos radios los tumores son de consistencia algo más sólida.

JULIO V. URIBURU.

Buenos Aires, Abril 14 de 1905.

Buenos Aires, Abril 14 de 1905.

Nómbrase el Académico Dr. Don Eliseo Contón, al Profesor Títular Dr. D. Francisco Sicardi y al Profesor Suplente Dr. D. Ignacio Allende, para que, constituidos en Comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con lo dispuesto por el Artículo IV de la «Ordenanza vijente sobre exámenes.

UBALLES
Carlos Robertson

—

Buenos Aires, Abril 25 de 1905.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis, presentada por el ex-alumno Sr. Julio Vicente Uriburu.

«En el local de la Facultad á 25 de Abril de «1905, reunida la Comisión que subscribe, encar-«gada de dictaminar respecto de la admisibilidad «de la tesis presentada por el ex-alumno Señor «Julio Vicente Uriburu, que versa sobre «Tumo-«res malignos del mediastino» resolvió admitirla. «Con lo que terminó el acto. — Firmado: Cantón, «Sicardi—Allende—Carlos Robertson, Secretario».

—

Buenos Aires, Abril 25 de 1905.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES
Carlos Robertson

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

Hemoptisis en los tumores del mediastino.

—

Diagnostico diferencial con los aneurismas de la aorta.

—

Pio — mediastino — Diagnostico diferencial con los tumores malignos.

BIBLIOGRAFÍA

Aranguren R.—Contribución al estudio de la adenopatía traqueo brónquica—Buenos Aires—Tesis 1902.

Barety A.—De l'adenopathie tracheobronquique en general et en particulier dans la scrofule et en pthisie pulmonaire, etc. París 1874.

Charcot, Bouchard et Brissand.—Traité de Medecine, Maladies du Mediastin (A. Marfan T. VII—1901).

Dieulafoy.—Clin. Med. de l'Hotel Dieu. 1899 1er. leçon.

Emparanza F.—Tumores del pulmón—Tesis 1897.

Galíndez J.—Tumores del mediástino—Tesis 1897.

Dieulafoy G.—Manuel de Pathologie Intèrne—T. I—1901.

Herrera Vegas y Cramwell.—Los Quistes hidatídicos en la República Argentina—1901.

Langlois de Varigny.—Nouveaux èléments de physiologie—París 1903.

Laulanié F.—Elements de Physiologie—1902.

Morat et Doyon.—Traité de Physiologie—1902.

Rendú.—Tumeurs malignes du Mediastin—Archives de Medecini 1875, pág. 455.

Testut L.—Anatomie Humaine—T. IV—1901.

Tillaux.—Anatomía Topográfica.